

Conduite à tenir clinique pour examiner le pied d'un diabétique

J. Martini

Centre Hospitalier Universitaire de Rangueil. Toulouse. France

* jaques.martini@wanadoo.fr

La pathologie du pied est une complication sévère du diabète, source d'handicap et de soins lourds en lien avec des ulcérations chroniques et récidivantes. La prévention de ces plaies chroniques est primordiale car elle a fait preuve de son efficacité sur la réduction des ulcères et des amputations. L'examen du pied est un geste clinique essentiel dans cette démarche, il impose cependant une démarche structurée.

Objectifs de l'examen des pieds

Le premier objectif est le dépistage de plaies ou de lésions, devant faire l'objet de soins rapides voir urgents. En effet, la neuropathie et la perte de la sensibilité qui s'y associent peuvent entraîner un défaut de perception de traumatismes ou de blessures par le patient et de ce fait des plaies négligées.

Dans un degré moindre, le dépistage d'anomalies pré-lésionnelles telles que les déformations, les zones d'hyperkératoses ou les pathologies unguéales vont permettre d'orienter le patient vers la réalisation de soins de pédicurie ou d'adaptation du chaussage.

De façon plus globale, cet examen a pour but de dépister la présence de complications en lien avec l'hyperglycémie chronique comme la neuropathie et l'artériopathie des membres inférieurs. Leur présence oriente vers un risque de plaie plus élevé, mais aussi sur un risque de complications associées comme la rétinopathie ou les pathologies cardiovasculaires, coronariennes en particulier.

Enfin, cette étape clinique guidera sur l'implication du patient dans le suivi de ses pieds en prenant en compte l'hygiène, les soins des ongles et de la peau, le chaussage

qui définiront les situations à risque et la prise de conscience par le patient.

La synthèse de cet examen complet doit déboucher sur le niveau de risque lésionnel et l'élaboration d'une démarche de soins curatifs et préventifs.

Les différentes étapes

L'interrogatoire

Outre les antécédents du patient et l'histoire clinique du diabète intégrant son ancienneté, l'histoire de son profil glycémique, la présence de complications dégénératives, la recherche d'antécédents de plaies chroniques, définie par une durée de cicatrisation de plus d'un mois doit être systématique. Dans l'affirmative, le risque de récurrence de plaie est très élevé et classe le patient dans un niveau de risque très élevé.

Les autres informations recueillies permettront de préciser les mesures de prévention à mettre en place.

On recherchera les antécédents de chirurgie du pied, les antécédents vasculaires, les habitudes de vie du patient (activités professionnelle et de loisirs), les modalités de chaussage, la marche pieds nus, les situations à risque et les difficultés d'accès aux soins.

On évaluera le niveau de connaissance du patient sur la pathologie du pied et son niveau d'implication potentielle dans les soins d'hygiène et la surveillance de ses pieds.

L'examen physique

Il se décompose en plusieurs temps :

- Le temps trophique

L'examen cutané et des ongles en est la première étape et doit être exhaustif sur toutes les surfaces cutanées. Une attention particulière doit porter sur les espaces interdigitaux à la recherche d'intertrigo ou de kératome. On évaluera la sécheresse cutanée, les zones d'hyperkératose, reflet d'une hyperpression, les zones soumises aux contraintes de frottements ou de conflits. Le niveau d'hygiène est analysé. L'évaluation de l'état des ongles renseignera sur des situations à risque (plaies par ongles trop longs ou à l'inverse par des soins trop agressifs), la présence de mycose unguéales ou d'hyperonychie. Bien évidemment, seul l'examen visuel va permettre de diagnostiquer des plaies négligées.

- Le temps neurologique

Il a pour but principal de définir le niveau de risque d'ulcérations par la recherche d'une perte de la sensibilité. L'examen central est le test au *semmes weinstein* monofilament 10 g couplé au test au diapason gradué. Le test au monofilament est bien codifié. Plus récemment, en raison des difficultés d'obtention de cet outil, il est proposé de remplacer ce test par l'*Ipswich Touch*, test qui est basé sur le contact léger des pulpes des orteils par la pulpe du doigt de l'examineur. L'examen neurologique peut être complété par la recherche de symptômes de neuropathie, l'analyse du piquer toucher, la recherche des réflexes ostéo-tendineux.

- Le temps vasculaire

Il est centré sur la recherche d'une artériopathie et la présence d'une ischémie tissulaire. L'examen de la peau et des phanères ne doit pas être négligé. La présence d'une peau fine et dépilée associée à des troubles de la recoloration est en faveur d'une ischémie tissulaire et doit interpeller sur le caractère vulnérable de la peau. La palpation des pouls pédieux et tibiaux postérieurs en est le second temps et doit être complété par la mesure des index de pression systolique qui est le paramètre de dépistage de l'artériopathie.

- Le temps morphologique

L'analyse des déformations à la fois en plantaire (pieds creux) qu'en dorsal (orteils en griffe – hallux valgus) renseigne sur les zones à risque par frottement ou hyperpression. Dans le même temps, l'analyse du degré

de fixation articulaire renforcera la prédiction du risque de plaie.

L'examen du chaussant et de l'appareillage

La chaussure, responsable d'une forte proportion de plaies traumatiques, impose un soin particulier en insistant sur la mise à disposition de l'ensemble des chaussures habituellement portées. On examinera le niveau d'usure de la semelle extérieur, l'examen au toucher de l'intérieur des chaussures recherchera les zones de conflits (coutures saillantes, usure du matériau interne, usure de la semelle interne) mais aussi d'éventuel corps étranger toléré par le patient neuropathe.

Encadré 1 : Feuille d'évaluation du dépistage clinique du pied.

Déformation ou proéminence osseuse	Oui/Non
Peau non intacte (ulcère)	Oui/Non
Neuropathie	
- Monofilament indétectable	Oui/Non
- Diapason indétectable	Oui/Non
- Ouate indétectable	Oui/Non
Pression anormale, cal	Oui/Non
Perte de la mobilité articulaire	Oui/Non
Pouls du pied	
- Artère tibiale postérieure absente	Oui/Non
- Artère pédieuse absente	Oui/Non
Décoloration en position déclive	Oui/Non
Autres	
- Antécédent d'ulcère	Oui/Non
- Amputation	Oui/Non
Chaussures inadéquates	Oui/Non

Le pied est à risque si l'un des items ci-dessus est présent.
Données basées sur le Consensus International sur le Pied Diabétique (2007)
Préparées par le Groupe de Travail International sur le Pied Diabétique

Encadré 2 : Clification du risque lésionnel

Grade de risque	Définition
0	Pas de neuropathie
1	Neuropathie seule
2	Neuropathie et artériopathie et/ou déformations
3	Antécédents d'ulcération chronique

Données basées sur le Consensus International sur le Pied Diabétique (2007)
Préparées par le Groupe de Travail International sur le Pied Diabétique

A la fin de l'examen du pied

A la fin de cet examen, il sera possible :

- ▶ D'orienter rapidement le patient porteur d'une plaie pour une prise en charge multidisciplinaire
- ▶ De définir le grade de risque lésionnel, d'en informer le patient et de mettre en place les mesures de prévention adaptées au niveau de risque et à ses habitudes de vie
- ▶ De traiter les anomalies pré-lésionnelles pour éviter l'apparition d'une plaie
- ▶ De réadapter le chaussage
- ▶ De débiter une sensibilisation et une éducation du patient pour la suppression des situations à risque et la mise en place des mesures de prévention en particulier l'auto examen du pied.

Conclusion

L'examen du pied est essentiel dans la prise en charge globale d'une personne diabétique. Bien codifié, il s'intègre facilement dans le temps de consultation et est source d'informations essentielles pour la prévention des ulcérations et des récurrences et l'orientation des soins et des actions à mettre en place.

Il est recommandé un examen podologique annuel chez tout diabétique. Il doit être systématique à chaque consultation, en présence d'un patient au risque lésionnel accru par la perte de la sensibilité.

Conflit d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

- Armstrong DG et al. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *N Engl J Med.* 2017;376:2367-75.
- Canavan RJ et al. Diabetes- and non diabetes-related lower extremity amputation incidence before and after the introduction of better organized diabetes foot care: continuous longitudinal monitoring using a standard method. *Diabetes Care.* 2008;31:459-63.
- Feng Y et al. The semmes Weinstein monofilament examination as a screening tool for diabetic peripheral neuropathy. *J Vasc Surg.* 2009;50:675-82.
- HAS; Guide parcours de soins ; diabète de type 2 de l'adulte; mars 2014.
- International Working Group on the Diabetic Foot. The diabetic foot ulcer : outcome and management. In : *International Consensus on the Diabetic Foot Amsterdam, 2011.*
- Marchand C et al. Evaluation of two therapeutic patient education programs for prevention of diabetic foot ulcers ; *Educ Ther Patient/ Ther Patient Educ.* 2018;10, 10201.
- Rayman et al. The Ipswich Touch Test A simple and novel method to identify in patients with diabetes at risk of foot ulceration ; *Diabetes Care.* 2011;34:1517-8.
- Société Francophone du Diabète Paramédical. Référentiel de bonnes Pratiques ; pour la prévention et le traitement local des troubles trophiques podologiques chez les patients diabétiques à haut risque podologique, *Médecine des maladies Métaboliques Mars 2015; vol 9.*
- Wukich DK et al. Inpatient management of diabetic foot disorders: a clinical guide. Wukich DK, Armstrong DG, Attinger CE, Boulton AJ, Burns PR, Frykberg RG, Hellman R, Kim PJ, Lipsky BA, Pile JC, Pinzur MS, Siminerio L. *Diabetes Care.* 2013;36:2862-71.